



## **Resumen de patologías**

*Hugo de Jesus Monjaras Hidalgo*

*Práctica canalización*

*5 "A"*

*Medicina física y de rehabilitación*

*Dr. Jorge López Cadenas*

*Comitán de Domínguez Chiapas.*

18/06/2024

## Polimiositis



- Miopatía inflamatoria idiopática, son un grupo heterogéneo de enfermedades autoinmunes, sistémica y adquirida.

- Inicio > 2da década (30-50 años)
- Mujeres 2-1

### • Cuadro clínico

- Debilidad muscular proximal, simétrica y progresiva
- Mialgia
- Hipersensibilidad muscular
- Coloración violácea en párpados
- Eritema macular papulo-escamoso violácea en prominencias óseas (Signo de Gottron)

### • Diagnóstico: Bohan y Peter

- Compromiso muscular
- Biopsia muscular
- Elevación de enzimas musculares
- Electromiografía
- Dermatológicas

## Tratamiento

### ① No farmacológica

- Mejorar fuerza muscular
- Lograr la remisión
- Mejorar el pronóstico funcional

### ② Farmacológica

- Esteroides
  - Prednisona 1mg/Kg
  - Methylprednisolona

- Inmunosupresores

- Metotrexato

- Azatioprina

- Ig IV

} - 2,3mg/Kg

## Polineuropatía Metabólica

Son trastornos nerviosos que ocurren con enfermedades que interrumpen los procesos químicos en el cuerpo.

Etiología: Diabetes, problema con la capacidad para usar la energía (deficiencia nutricional)  
Toxinas que se acumulan en el cuerpo,  
Neuropatía alcohólica, hipoglucemia, IR, Sepsis, enfermedad tiroidea.

Clinica: Dificultades → Sentir zonas del cuerpo  
• Caminar, usar brazos, piernas

• Dolor abdominal, hormigueo, neuralgia  
Debilidad en la cara, brazos, piernas.

- Pruebas → BH, EGO, EMG, Biopsia tejido nervioso

- Tratamiento → Corregir problemas metabólicos.

## Polineuropatía infecciosa.

- Daño a los nervios causado por infecciones.

Causada por

- Bacterias → Enfermedad Lyme → Daño a nervios a través de toxinas
- Virus → herpes simple. → Alt. función nerviosa
- Espiroquetas → Relación a problemas neurálgicos  
daño nervioso relacionado con sífilis
- Las bacterias y los virus pueden causar inflamación o daño a los nervios directamente → Neuropatía.
- Los agentes infecciosos a menudo comienzan en un área pero pueden extenderse más.
- Nervios periféricos al SNC (Cerebro y la médula espinal)

Sx y Mx clínicas → Hormigueo, entumecimiento, debilidad o dolor en manos y pies, parálisis

Dx → Análisis de Sangre, punción lumbar, RM.

Tx → Neuropatía bacteriana → antibióticos según bacteria  
Neuropatías virales → aciclovir y valaciclovir.

## Dalmeuropatías tóxicas.

Daño axonal difuso (> Sensibles axones sensitivos que motores).

Incidencia entre 2-4%.

Fa de riesgo → Neuropatía crística  
Predisposición genética.  
Pa con falla renal o hepática

Agentes terapéuticos → Cloranfenicol, cloroquina, dapsone,  
hidralazina, vinoreltina

Toxinas industriales: → Alcohol, monóxido de carbono.  
Talio, gasolina, plomo, mercurio,  
insecticidas.

Clinica → Neuropatía mixta, sensorial y motora.  
Sensaciones de quemadura en porciones  
distales de los miembros y cara  
Actividad motriz afectada hasta parálisis

Dx → BHC, Química Sangünea básica, EGO,

## Diastematomelia

Malformación raquímedular - que consiste en un desdoblamiento de la médula espinal. normalmente por debajo de la 5<sup>a</sup> vertebra dorsal

Epidemiología → Disartria espinal rara.

En la niñez

más frecuente femenino

Prevención → ingesta ácido fólico

consumo diario de alimentos con ácidos -

Fisiopatología → El sistema nervioso y la piel derivan de la misma capa embrionaria. (Ectodermo forear y quinto se separa.

Clasificación → Abierto: Exposición del tejido nervioso y meníngeo al exterior a través de un defecto por la línea media.

Cerrado: (5<sup>a</sup> vertebra lumbar)

El tejido nervioso no está expuesto al exterior, sino que

está recubierto por piel.

Manifestaciones → Hemangiomas, Naevos, pedículo

Diagnóstico → USG, RM

Tratamiento → Quirúrgico, Seguimiento por neurocirujía



**Mi Universidad**

**Práctica**

*Integrantes:*

- 1. Alexa Avendaño Trujillo*
- 2. Hugo de Jesus Monjaras Hidalgo*

*Canalización venosa*

*5° A*

*Medicina física y rehabilitación*

*Dr. Jorge Arturo López Cadenas*

## **INDICE**

---

Introducción .....	3
Objetivos .....	4
Materiales .....	4
Procedimiento .....	5
Anexos .....	7
Conclusión .....	8
Bibliografía .....	9

## **INTRODUCCIÓN**

---

La canalización venosa, también conocida como inserción de catéter venoso, es un procedimiento médico utilizado para acceder a las venas del cuerpo. Este acceso se logra mediante la inserción de un catéter (un tubo delgado y flexible) en una vena, lo que permite la administración de líquidos, medicamentos, nutrientes y otros tratamientos directamente en el torrente sanguíneo. Este procedimiento es fundamental en una variedad de situaciones clínicas, desde emergencias hasta tratamientos prolongados en pacientes hospitalizados.

Existen varios tipos de catéteres venosos, incluyendo los catéteres venosos periféricos (insertados en venas de menor calibre, como las del brazo) y los catéteres venosos centrales (insertados en venas de mayor calibre, como la vena subclavia o la vena yugular interna). La elección del tipo de catéter depende de la duración del tratamiento, el tipo de medicación a administrar y las condiciones del paciente. La canalización venosa es un procedimiento relativamente común y seguro, aunque puede presentar complicaciones como infecciones, trombosis (formación de coágulos de sangre) y daño a los vasos sanguíneos. Por esta razón, se requiere una técnica adecuada y una monitorización continua para asegurar la seguridad y la efectividad del procedimiento.

## **OBJETIVOS**

---

### Objetivo general:

Establecer un acceso venoso seguro, eficaz y permanente para la administración de terapias intravenosas, monitoreo hemodinámico, y extracción de muestras sanguíneas.

### Objetivos específicos:

Facilitar la realización de intervenciones terapéuticas especializadas, como la administración de medicamentos vasoactivos, antibióticos de amplio espectro o terapia trombolítica, que requieren un acceso venoso seguro y continuo para el manejo de condiciones críticas y agudas.

## **MATERIALES**

---

- Solución salina de 100 ml
- Catéter número 22
- Equipo de venoclisis
- Tela adhesiva
- Ligadura
- Torunda
- Tripie para suero

# PROCEDIMIENTO

---

## 1. Realizad lavado de mano adecuada

## 2. Prepara fármaco

- Descartar alergia al fármaco
- Verificar fármaco correcto
- Checar fecha de caducidad

## 3. Preparar equipo de venoclisis con técnica aséptica:

- Sacar el equipo de venoclisis del empaque sin contaminar el conector, ni el punzón.
- Cerrar la llave reguladora.
- Retirar el capuchón del punzón.
- Retirar la tapa protectora de la solución
- Insertar el punzón de la venoclisis en el tapón de goma de la solución.
- Colgar la solución en el tripié del lado en que será canalizado el paciente, procurar la asepsia del conector del equipo de venoclisis.
- Llenar la cámara de goteo a un tercio de su capacidad.
- Retirar la tapa del conector, purgar la solución para eliminar el aire a lo largo de toda la longitud de tubo flexible, tapar nuevamente el conector con técnica aséptica.

## 4. Preparar catéter

- Verificar tipo y calibre del catéter
- Verificar el sellado del empaque que asegure esterilidad.
- Abrir el empaque del catéter con técnica aséptica sin retirar el protector de la aguja.

## 5. Preparar al paciente

- Posicionar al paciente, en decúbito dorsal o semi Fowler.
- Colocar el antebrazo en una superficie plana y firme.
- Seleccionar la vena a canalizar.

## **6. Técnica de cateterismo o canalización periférica.**

- Realizar higiene de manos (colocar preferentemente guantes)
- Colocar ligadura de 6 a 10cm proximal al sitio de punción.
- Realizar antisepsia en el área de punción.
- Sujetar el catéter y retirar el protector de la aguja.
- Tomar el catéter con el dedo índice y pulgar.
- Orientar el bisel de la aguja hacia arriba.
- Ejercer tracción mínima sobre la piel en el área de punción.
- Puncionar la vena en ángulo agudo hasta visualizar retorno venoso.
- Introducir el catéter empujando el cono de conexión siguiendo el trayecto de la vena, en su totalidad hasta el contacto con la piel.
- Retirar la aguja y presionar la punta del catéter para evitar retorno venoso.
- Introducir el conector de la venoclisis en la conexión del catéter.
- Retirar la ligadura.

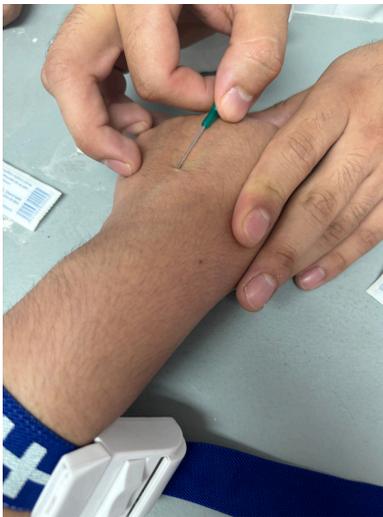
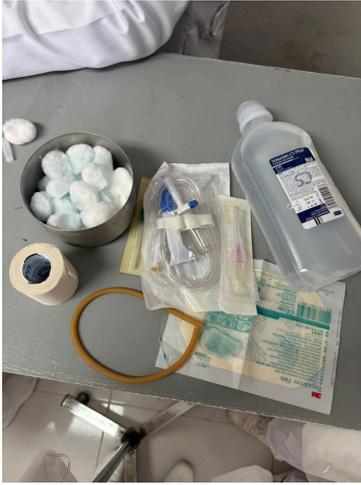
1. Verificar: Permeabilidad de la vía venosa, al observar goteo continuo de solución en la cámara de goteo del equipo de venoclisis.

2. Verificar: Ausencia de infiltración en el tejido contiguo en el sitio de punción.

- Ajustar el goteo de infusión por medio de la llave reguladora del equipo para venoclisis.
- Fijar el catéter con un apósito transparente adherible.

# ANEXOS

---



## **CONCLUSIÓN**

---

En conclusión, la canalización venosa es una técnica médica vital que impacta de manera directa en la calidad del cuidado y la seguridad del paciente. Su correcta ejecución asegura una administración eficiente de tratamientos, reduce riesgos de complicaciones y mejora la experiencia del paciente. Por tanto, es imperativo que los profesionales de la salud no solo aprendan, sino que también perfeccionen continuamente sus habilidades en canalización venosa, garantizando así un alto nivel de competencia y excelencia en la atención médica.

## **BIBLIOGRAFIA**

---

- Comisión Nacional de Arbitraje Médico. (2014). El proceso de terapia endovenosa. En Recomendaciones para el personal de enfermería en la terapia endovenosa (5-15). Ciudad de México: CONAMED.
- Organización Mundial de la Salud (2005). Ilustración de "Mis 5 momentos para la higiene de las manos En la atención a pacientes con catéteres venosos centrales".